

Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional

Impact of a community intervention strategy on the preconceptional reproductive risk control

Dr. Humberto Fernández Ramos; Dr. Yoan Crespo Estrada; Dra. Ivonne Lídice Estrada Astral; Dra. Katia Rodríguez Gutiérrez

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el dispositivo intrauterino es el método reversible moderno más difundido y utilizado en el mundo, seguido de las píldoras.

Objetivo: determinar el impacto de una intervención educativa comunitaria para el uso del dispositivo intrauterino como alternativa de anticoncepción.

Método: se realizó un estudio descriptivo de intervención en las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en la comuna de Labadee del departamento norte de la República de Haití durante el período comprendido entre junio y noviembre de 2006. La muestra quedó constituida por 115 mujeres que acudieron espontáneamente a la consulta de planificación familiar o fueron identificadas en el terreno.

Resultados: los principales riesgos identificados fueron el período intergenésico corto, la edad mayor de 35 años y la multiparidad; el método anticonceptivo preferido fue el hormonal inyectable, después de las actividades educativas hubo un gran número de pacientes que aceptaron el dispositivo intrauterino; aquellas que no lo aceptaron refirieron miedo y problemas religiosos, entre otras causas. Las infecciones de transmisión sexual y/o el alto riesgo de contraerlas fueron las

contraindicaciones más frecuentes de la implantación de los DIU en las pacientes que aceptaron.

Conclusiones: existió un mínimo de complicaciones y un ahorro importante en el costo en comparación con las formas de control de la natalidad empleadas hasta el momento.

DeCS: Atención preconceptita; impactos en la salud; control de riesgo; mujeres; estudios de intervención; reproducción

ABSTRACT

Background: the intrauterine device is the most diffused modern reversible method and utilized in the world, followed by the pills.

Objective: to determine the impact of a community educational intervention for the use of intrauterine device as contraception alternative.

Method: an intervention descriptive study in women with preconceptional reproductive risk at the Labadee community of the north department in the Haiti Republic between June and November 2006. The sample remained constituted by 115 women that spontaneously came to the family planning consultation or were identified on the land.

Results: the short intergenerational period, the age over 35 years and the multiparity were the main identified risks; the contraceptive method preferred was the hormonal injection, after educational activities there was a great number of patients that accepted the intrauterine device; those that it did not accept referred fear and religious problems, among others causes. Sexually transmitted infections and/or the high risk to contract it were the most frequent contraindications of the IUD implantation in patients that accepted.

Conclusions: a minimum of complications existed and an important saving in the cost in comparison with the birth control forms employed up to now.

DeCS: Preconception care; impacts on health; risk management; health education; women; intervention studies; reproduction

INTRODUCCIÓN

La planificación de la familia significa en principio, lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desean tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.¹

Desde que se iniciaron, en los años 60, los programas de planificación familiar, han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados. Como resultado, se han salvado las vidas de muchas mujeres de los embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas. Cada año mueren 13 y 14 millones de niños menores de cinco años, por otro lado, a los hombres les ayuda a proporcionar a sus familias una vida mejor, proveerlas de alimentos, ropa, vivienda y educación suficiente; a las mujeres les ofrece mejor posición social y ampliar su perspectiva de futuro, ya que una cuarta parte de las mujeres abandonan los estudios, incluso antes de terminar la enseñanza primaria, a causa de sus embarazos precoces, en estos países las mujeres ocupan seis años en estado de embarazos y 23 años teniendo a su cargo niños menores de seis años.^{2,3} El dispositivo intrauterino (DIU), anteriormente llamado espiral o bucle, es el método reversible moderno más difundido y utilizado en el mundo, seguido de las píldoras. Se calcula que unos 100 millones de mujeres los emplean y estas cifras aumentan de forma constante, debido fundamentalmente a las ventajas que ellos ofrecen.⁴⁻⁶

En Haití, solo el 3 % de las mujeres utilizan los DIU para la planificación de sus embarazos. Esto tiene su explicación fundamentalmente en los temores infundados entre las posibles usuarias, en muchos trabajadores de salud que no se encuentran a gusto proporcionándolos, así como en los programas que no tienen los suministros ni el personal capacitado necesario para ofrecerlo.⁷⁻¹⁰

En la comuna Labadee la variabilidad de anticonceptivos es pobre. Los tipos utilizados solo incluyen las inyecciones hormonales, los naturales y, en una escasa minoría, los condones y píldoras. En consecuencia, un importante número de mujeres quedan frecuentemente excluidas de utilizar dichos anticonceptivos por padecer alguna enfermedad o presentar una precaria situación socioeconómica. Esto representa una oportunidad y la necesidad de incrementar las opciones, a través de la introducción del DIU en la gama de métodos empleados, como uno de los indicadores que recomiendan los programas relacionados con la planificación familiar, en la medida de que el acceso a este servicio puede considerarse como un derecho humano y como medio de incrementar las opciones que las mujeres tienen en sus vidas.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el impacto de una intervención educativa comunitaria para el uso del DIU como método de control del riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) en la comuna Labadee.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de intervención en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional de la comuna Labadee para la implementación del DIU como método de anticoncepción en la actividad de planificación familiar, en el período comprendido de junio a noviembre de 2006. El universo estuvo constituido por 198 mujeres en edad fértil, dispensarizadas como riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC). La muestra quedó formada por 115 mujeres que acudieron a la consulta de planificación espontáneamente o por la captación en el terreno.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL RIESGO REPRODUCTIVO:

Se consideraron factores de riesgo:

Edad: menor de 18 años y mayor de 35.

Paridad: gran multiparidad (más de cinco hijos).

Situación económica muy desfavorable: vivienda insegura (grietas y/o apuntalamientos). Mala ventilación e iluminación. Serias dificultades para satisfacer sus necesidades, sobre todo, de alimentación y para garantizar la higiene personal y ambiental.

Período intergenésico corto: tiempo transcurrido desde el último embarazo menor de 18 meses.

Antecedentes obstétricos desfavorables: muertes neonatales previas, bajo peso al nacer, cesárea anterior, abortos a repetición, Rh sensibilizado.

Estado nutricional: bajo peso, un índice de masa corporal menor de 20.

Enfermedades crónicas: asma bronquial, diabetes mellitus, cardiopatías, hipertensión, neuropatías y anemia falciforme.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN.

Preferencia de anticonceptivo: inyectables, píldoras, DIU, condón y naturales.

Conocimiento sobre el DIU.

VARIABLES PARA MEDIR IMPACTO:

Número de DIU implantados.

Aceptación: consentimiento de la paciente para su uso.

Necesidad de retirar el DIU: por solicitud de la paciente.

Costo para la paciente: incluye costo del tratamiento de la sepsis vaginal, en caso de existir.

Complicaciones: sangramiento incontrolado, dolor y enfermedad inflamatoria pelviana.

Contraindicaciones: Se consideraron tanto las permanentes como las temporales: sepsis vaginal e infecciones de transmisión sexual, embarazo, antecedentes de enfermedad inflamatoria pelviana, lesiones de cuello uterino y polimenorrea.

El protocolo y organización del programa se concibió como sigue: Implementación de una consulta de planificación familiar, cuyo funcionamiento se sustentó en dos etapas:

Primera etapa: dirigida al diagnóstico de la situación de salud relacionada con el tipo RRPC y la preferencia de tipos de anticonceptivos. Para ello, se aplicó una encuesta estructurada que incluyó las variables dadas por los diferentes riesgos presentes en cada mujer, los tipos de métodos anticonceptivos preferidos por las pacientes y, en especial, acerca del conocimiento del DIU.

Segunda etapa: Dirigida a la información sobre el DIU como posible método anticonceptivo y su implantación. En esta etapa el objetivo fundamental se orientó a proporcionar información acerca del DIU: indicaciones, contraindicaciones, mecanismos de acción y ventajas. Se utilizaron técnicas educativas como charlas, cara a cara, audiencias sanitarias y propagandas gráficas para lograr el convencimiento para su uso, sin importar la frecuencia y el número de sesiones en cada caso. Posteriormente, se procedió a la implementación del DIU, previo consentimiento y estudio de la paciente.

En la consulta de planificación se realizaron las siguientes acciones:

Elaboración de una ficha control que incluía examen general y ginecológico (Anexo1).

Ficha de control de examen físico

Mucosas: húmedas secas coloreadas hipocoloreadas ictéricas

Piel y faneras: normal anormal _____

TCS: No infiltrado infiltrado en _____ blando duro caliente frío

Respiratorio: normal anormal _____ FR x'.

Cardiovascular: Ruidos Cardíacos: Rítmicos Arrítmicos Tono: Normal Apagado . Soplo audible: No Si _____ Grado: / VI. TA: _____ / _____.

FC: _____ x'.

Abdomen: normal anormal _____.

SNC: _____ normal _____ anormal

_____.

Ginecológico:

Mamas: normal anormal

Espéculo: cuello Normal Anormal

Tacto vaginal: útero normal anormal anejos normal anormal

Indicación de exudado vaginal: En las pacientes con exudado vaginal negativo, se procedió a la implementación del DIU, con seguimiento por tres meses, mientras que en las que resultó positivo, se puso tratamiento, con reconsulta a los 10 días e indicación de exudado posterior al tratamiento; con la particularidad de que quedaron excluidas del estudio, decisión que se tomó por tratarse de una comunidad virgen en este método, aunque esto no constituyera una contraindicación absoluta para el uso del DIU, sino más bien temporal.

Se realizaron dos evaluaciones, la primera entre las tres y seis semanas y la segunda a los tres meses, valorando la presencia de posibles complicaciones. Se utilizó el dispositivo Copper T modelo Tcu 380^a.

Para la recogida de los datos preliminares se acudió a las historias clínicas individuales y familiares. Además, se diseñó una ficha individual (Anexo 2) que permitió vaciar de forma longitudinal la información.

Anexo 2. Ficha individual

Nombre y apellidos: _____ Consecutivo _____

Variables relacionadas con el riesgo reproductivo

Edad: ___ menor de 18 años. ___ 19 35 años. ___ mayor de 35 años.

Paridad: ___ 5 o menos hijos. ___ más de 5 hijos.

Situación económica: vivienda: ___ segura o ___ insegura. ventilación e iluminación: ___ buena ___ regular o ___ mala. Satisfacción de las necesidades básicas: ___ buena ___ regular o ___ mala.

Período intergenésico corto: Fecha de último embarazo: _____

Antecedentes obstétricos desfavorables: muertes neonatales previas ___, bajo peso al nacer ___, cesárea anterior ___, abortos a repetición ___, Rh sensibilizado _____.

Estado nutricional: peso _____ talla _____. IMC: menos de 20 ___, 20 o más _____

Enfermedades crónicas: asma bronquial ___, diabetes mellitus ___, cardiopatías ___, hipertensión ___, neuropatías ___ y anemia falciforme _____.

Variables relacionadas con el comportamiento de la anticoncepción.

Preferencia de tipo de anticonceptivo: Inyectables ___, píldoras ___, DIU ___, condón ___, naturales _____,

Conocimiento sobre el DIU: Si _____ No _____.

Variables para medir impacto:

Consentimiento de la paciente para el uso del DIU: Sí___ No___; Si no acepta exprese la causa.

Necesidad de retirar el DIU: Sí___ No___

Complicaciones: sangramiento incontrolado___, dolor___, enfermedad inflamatoria pelviana___.

Contraindicaciones: sepsis vaginal e infecciones de transmisión sexual___, embarazo___, antecedentes de enfermedad inflamatoria pelviana___, lesiones de cuello uterino___ y polimenorrea___.

Los datos se procesaron en una base de datos, se aplicó el programa SPSS versión 10.01, y se representaron en gráficos y tablas de distribución de frecuencias, basadas en una escala cualitativa nominal, haciendo uso de medidas de resumen como frecuencias absolutas y porcentajes. El procesamiento se hizo en soporte digital.

RESULTADOS

En la primera etapa de la investigación se identificaron, a partir de la muestra, los principales riesgos presentes: período intergenésico corto (44, 3 %), así como la edad (a expensas de las mayores de 35 años, fundamentalmente), y la multiparidad, en ese orden de frecuencia. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las mujeres con RRPC según tipo de riesgo

Factor de riesgo	No.	%
PIG-corto	51	44,3
Edad	41	35,6
Multiparidad	35	30,4
Bajo peso	29	25,2
HTA	17	14,7
Situación económica muy desfavorable	16	13,9
Antecedentes Obstétricos Desfavorables	13	11,3
Otras enfermedades crónicas	3	2,6

Al explorar las preferencias de tipos de anticonceptivos, se observó mayor predilección por los inyectables, secundada por la anticoncepción natural y las píldoras. Además, 35 (30, 4 %) de las mujeres no manifestaron definición alguna en cuanto a la forma de control de la fertilidad preferida. Independientemente del deseo de usar uno u otro método, se desconocía la existencia del DIU, en la totalidad de los miembros de la serie.

Después de una intensa labor educativa y bajo el criterio de «selección informada», que significa que la paciente elija el método deseado a partir de una información previa, el porcentaje de mujeres que acogió la alternativa del DIU se incrementó significativamente.

Dentro del grupo de mujeres donde no se logró su consentimiento para el uso de los dispositivos, la mayoría refirió miedo, problemas religiosos y las que los consideraron dañinos. Tabla 2

Tabla 2. Distribución de las mujeres según motivo de no aceptación del DIU

Argumento	No.	%
Tienen miedo	13	31,7
La religión no lo permite	9	21,8
Lo consideran dañino	8	19,4
Prefieren otro método	7	17,4
No consentimiento de la pareja	4	9,7
Total	41	100,0

Como medida prevista en la intervención, a todas las mujeres antes de la implantación del DIU, se les realizó un estudio, precisamente para la búsqueda de condiciones que pudieran contraindicar el uso de estos dispositivos. Se encontró que de las mujeres que presentaron alguna afección que desaprobaba su empleo las infecciones de transmisión sexual o el alto riesgo de contraerlas fueron las más frecuentes. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de las mujeres según contraindicaciones del DIU

Condición	No.	%
ITS o Alto riesgo de ella	17	39,5
Antecedentes de EIP	9	20,9
Signos presuntivos de embarazo	6	14,0
Trastornos menstruales	6	14,0
Alteraciones cervicouterinas	5	11,6
Total	43	100

En fin, se logró la inserción de un total de 34 dispositivos, con lo cual se incrementó el control de RRPC en 23, alcanzando cifras estimadas 48,9 % en la actualidad. Esto aporta gran ventaja en el aspecto económico, debido a que el uso de inyectables (método predominante) implica, por concepto de costo, un monto aproximado de 600 gourdes en un período de cinco años, mientras que el uso de DIU se limitaría solamente al costo del tratamiento para la sepsis vaginal, en caso de estar presente previamente a la imposición del método, para un costo de alrededor de 25 gourdes en un período de cinco a 10 años, hecho que contribuyó en gran manera al aumento de la aceptabilidad DIU como «nuevo» método, teniendo en cuenta la profunda carencia económica de buena parte de las familias de esta región.

DISCUSIÓN

Los factores que se comportan como riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) han sido estudiados por varios autores, y múltiples diferencias han sido señaladas respecto a la incidencia de cada uno de ellos, debido a la estrecha relación existente entre los mismos y el entorno donde se desarrollan. De manera que la comparación con los hallados en el presente, resulta también discrepante en buena medida, por la obvia variabilidad del contexto sociocultural y económico. Generalmente se reporta que las 2/3 parte de las muertes en las mujeres con edades fértiles se relacionan con complicaciones de los embarazos, esta

probabilidad es 20 veces superior en países en desarrollo, por ejemplo, en África una de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna y de igual forma en Asia una de cada 54; por su parte en Norteamérica y Europa septentrional le corresponde a una mujer de cada 6366 y 9850, respectivamente. En su mayoría, los factores implicados se vinculan a los pobres ingresos, el bajo nivel educacional, las edades temprana o tardía y el período intergenésico corto. ¹¹⁻¹⁶

Las particularidades de cada mujer: edad, situación económica, número de hijos, religión y nivel educacional, así como enfermedades de base afectan su decisión del método a emplear. Para contribuir a la selección adecuada por parte de la mujer o pareja, es necesario conocer las características y necesidades de ésta, así como brindar información sobre las variantes que puedan satisfacer y resultar adecuadas para cada una de ellas, de manera que se sientan en libertad de elegir entre diferentes métodos. Los programas al efecto deberán trabajar por proporcionar distintas opciones si no se quiere limitar a los usuarios innecesariamente o exigirles utilizar métodos menos cómodos o menos apropiados. La mayoría de los autores coinciden en incluir al DIU entre los primeros renglones a considerar en las mujeres no escolarizadas o con bajo nivel sociocultural, ^{13, 17, 18} al igual que en lo referente a que son los temores a los efectos secundarios y la preocupación relacionada con las infecciones y la infertilidad, las principales causas que obstaculizan el uso de los DIU. Otros revelan que muchos proveedores a menudo niegan este método y basan sus decisiones en información obsoleta y no en pruebas científicas actuales. ^{5, 6, 9, 19}

Las ITS constituyen un problema en la República de Haití, no solo por la gran difusión de comportamientos sexuales de alto riesgo (sexo desprotegido, tener varios compañeros sexuales o tener relaciones sexuales con un hombre que tiene varias compañeras, etcétera), sino también por la inexistencia de un programa de control y manejo de las mismas, que permita establecer un protocolo de actuación en cada caso, en vez de incentivar a que formen parte de la «cultura del silencio».

De aquellas en las que se logró insertar el contraceptivo, solamente el 8, 1 % sufrió molestias pélvicas o polimenorreas y solicitaron les fuera retirado el DIU. No se encontró la ocurrencia de complicaciones, lo cual coincide con otros autores que apuntan que son los problemas menstruales y el dolor los efectos secundarios que más notificaron las usuarias del DIU en los primeros meses. Por otra parte, en un estudio al respecto en mujeres infectadas por el VIH, incluidas aquellas con sistemas inmunitarios suprimidos, se observó que no tuvieron en general más complicaciones al cabo de uno, cuatro y 24 meses de la inserción que las que no estaban infectadas. ¹⁴⁻²⁰

CONCLUSIONES

Los principales riesgos identificados fueron el período intergenésico corto, la edad mayor de 35 años y la multiparidad.

El método anticonceptivo preferido fue el hormonal inyectable, después de las actividades educativas hubo un gran número de pacientes que aceptaron el dispositivo intrauterino; aquellas que no lo aceptaron refirieron miedo y problemas religiosos, entre otras causas. Las infecciones de transmisión sexual y/o el alto riesgo de contraerlas fueron las contraindicaciones más frecuentes de la implantación de los DIU en las pacientes que aceptaron.

El impacto del proyecto fue positivo, no solo por el nivel de aceptación, sino también porque contribuyó a incrementar el control del riesgo reproductivo preconcepcional; además de garantizar un mínimo de complicaciones, y un ahorro importante en el costo en comparación con las formas de control de la natalidad empleadas hasta el momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marielena Prendes L, Orlando Lescay M, Wilfredo Guibert R. Planificación de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;14(3):236-42.
2. Ignacio González L, Emilia Miyar P. Consideraciones sobre planificación: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4):367-78.
3. Bertrand, Jane T, Judith E. Brown. Family planning success in two cities in Zaire. Documento de trabajo sobre investigación de políticas No 1042. Washinton, D.C: Banco Mundial; 2000.
4. Banco Mundial. Effective Family Planning Programs. Washinton, DC; 2000.
5. Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Quintero Santana M, Febles Tardío L. Anticoncepción en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;13(4):345-51.
6. Carmen Garrido R, Teresita Gutiérrez C. Planificación familiar y anticoncepción. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ecimed;2001.p.256.
7. Maulding WP, Segal SJ. IUD use throughout the World: past, present and future. En Bardin CW, Mischel DR, eds. Proceedings of the fourth International conference on IUDs. Newton: Butterworth-Heinemann; 2001.p.1-10
8. Díaz Alfonso G. Historia de la anticoncepción. Rev. Cubana Med Gen Integr.1995;11(2).

9. Kim B. Family Health International. Network esp. Los hombres y la planificación familiar. 2000;7(3):4-7.
10. Ronal K. Bol Med IPPF. Las asociaciones de planificación familiar.1999;26(1).
11. Lugones Botell M, Qintero Riverón T. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana de Med Gen Integr. 1997;13(5):419-21.
12. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie Paltex. 2003(7):5-45.
13. De la Caridad M Labrada Prendes, Guilbert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4):360-6.
14. Garrido Riquenes C. Riesgo reproductivo. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2001: 273-78.
15. Bulatao Rodolfo A. The value of family Plannin Programs In Developing Countries. California: RAND, MR-978-WHFH/RF/UNFPA; 2003.
16. Bertrand Michel H. Strategic management of population programs. Documento de trabajo sobre investigación de política No. 996. Washinton, DC: Banco Mundial; 2003.
17. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: manual para personal clínico. Baltimore: Editor population reports; 2000.p.2-6.
18. Castro Pérez R, Hernández Tezoquipa I. Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. Rev Salud Publica de México. 2000;35(4).
19. De la Caridad M. Labrada Prendes, Guilbert Reyes, Lescay Megret O, Toledo Dieppa O. Influencia de aspectos bioéticos en planificación familiar en Santo Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000,15(4);378-85.
20. MSPP-OPS-OMS. Análisis de la situación sanitaria de Haití. La salud de determinados grupos de población; 2003.p. 55-69.

Recibido: 1 de febrero de 2008.

Aceptado: 22 de abril de 2008.

Dr. Humberto Fernández Ramos. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba. mrd@finlay.cmw.sld.cu